

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

IRAILDES ALVES DE MOURA GOMES

ATENÇÃO ÀS DEFICIÊNCIAS ADQUIRIDAS: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

IRAILDES ALVES DE MOURA GOMES

ATENÇÃO ÀS DEFICIÊNCIAS ADQUIRIDAS: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Carla Regina de Souza Teixeira

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ATENÇÃO ÀS DEFICIÊNCIAS ADQUIRIDAS: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO** de autoria do aluno **IRAILDES ALVES DE MOURA GOMES** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa.Dra. Carla Regina de Souza Teixeira

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

DEDICATÓRIA

Aos homens que lutam consigo mesmo diariamente por uma condição de vida saudável.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a minha família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	04
3 MÉTODO.....	07
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	09
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
BIBLIOGRAFIA	16

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. – Diagrama Esquemático.	10
Figura 2. Diagrama De Contribuições Dos Representantes.	11
Figura 3. Matriz de SWOT.....	12
Figura 4. Hierarquização dos objetivos.	13
Figura 5 Diagrama de esquema do projeto de intervenção.	14

RESUMO

Atualmente, é crescente, a quantidade de pessoas com deficiências adquiridas geradas por causas traumáticas ou não, sendo que, nos serviços públicos de emergências, a assistência prestada a essa população é descontinuada e inadequada. Esse projeto apresenta uma proposta de ações para melhoria desse cuidado em que se realizou um busca observacional e empírica em um pronto-socorro público e revisão de literatura. Assinala-se um projeto de intervenção, de caráter educativo e permanente, voltado para acadêmicos, profissionais e familiares como uma possibilidade de melhorar a assistência aos pacientes com deficiências adquiridas neste ambiente hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

O campo das limitações adquiridas cresceu muito nos últimos anos pelo aumento considerável da violência urbana, do aumento da expectativa de vida da população, pela transição epidemiológica das doenças e pela transição demográfica. É bem visível também, a fragilidade do seguimento de cuidados disponibilizados na atenção emergencial aos sujeitos que adquirem incapacidades. No Brasil, 56,6% das deficiências são adquiridas por causas traumáticas e não traumáticas *que “geram custos crescentes em contrapartida de resultados negativos, demonstrando a inabilidade de enfrentar problemas gerados no processo de urbanização desenfreada e complexificação das sociedades, tais como doenças crônico-degenerativas, psicossomáticas, neoplásicas, violência e outras”*, conforme caderno de atenção domiciliar do (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012).

À medida que, ocorrem essas alterações, há um aumento do número de pessoas que necessitam de cuidados emergenciais, com ou sem risco iminente de morte. O serviço de pronto-socorro é a principal via de acesso ao sistema público de saúde para atendimento de usuários em condições potencialmente críticas ou não (BITTENCOURT & HORTALE, 2009).

O intenso fluxo de pacientes com ou sem mérito para cuidados emergenciais causa superlotação, sobrecarga e aceleração de atendimento nos segmentos hospitalares de suporte ao risco de morte, descaracterizando o serviço de emergência que deveria atender essa população respeitando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Apesar das iniciativas de estruturação, essa crescente demanda gera desorganização dentro das unidades, repercutindo em divergências entre a complexidade do paciente, o dimensionamento de profissionais e os cuidados necessários (BITTENCOURT & HORTALE, 2009; OLIVEIRA & SCOCHI, 2008).

O tempo de permanência, indicativo do defluxo intra-hospitalar, é uma variável que também influencia a superlotação. A gravidade da maior parte dos pacientes determina tratamento prolongado e aquisições de incapacidades das estruturas e funções humanas: neurológicas, respiratórias, gástricas, locomotoras entre outras (BITTENCOURT & HORTALE, 2009).

A obtenção de limitações, temporárias ou permanentes, ocasiona complicações que imperam muitas vezes, além de cuidados contínuos, a utilização de cateteres e sondas e fabricação de ostomias. Nesse eixo de cuidados encontramos como extremos os profissionais de saúde e os familiares-cuidadores.

A impossibilidade ou inviabilidade de realizar um trabalho ideal e congruente com as limitações dos pacientes ocasiona paulatinamente uma sensação de impotência, esta, somada ao cansaço pela sobrecarga de tarefas instala nos profissionais um perfil de indiferença (SCHMOELLER, 2011, DE FRANÇA 2012).

Em contraponto, o suporte familiar dos pacientes limitados prolongada/definitivamente muitas vezes é vulnerável, sendo necessária a apropriação de recursos que favoreçam a aceitação e enfrentamento das exigências impostas por essas situações de dependências agudas ou crônicas. (SCHOELLER, 2012, NIENKOTTER, 2011).

Dessa forma, esses questionamentos nos levam a seguinte pergunta: Como estruturar em serviços públicos de emergências ações de melhoria do cuidado para a população com deficiências adquiridas?

Ao se estudar deficiência adquirida tem a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiências pactuadas entre vários países é um marco mundial que representa um instrumento legal na promoção da defesa, garantia e consolidação das melhorias de vida dos deficientes (BRASIL, 2009). Com a perspectiva de programar ações voltadas a cuidado dos deficientes o Brasil: ratificou em 2008 essa convenção e seu protocolo facultativo, alterou o modelo médico para o modelo social nos remetendo à Classificação Internacional de Funcionalidades, reestruturou a Secretaria de Estado dos Direitos humanos e elevou de coordenadoria para subsecretaria e finalmente para Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos, lançou o plano Viver Sem Limites e criou a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (Acesso em: www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/).

Obstante a concretização dessas missões, visualizamos nos serviços hospitalares de urgência e emergência uma disponibilização de cuidado inadequado e descontinuado aos pacientes com deficiências adquiridas (MARQUES, 2007 / SCHMOELLER,2011).

Este estudo se justifica dada à importância das políticas de avigramento dos direitos dos deficientes. Entretanto, é percebido um cumprimento inadequado desses instrumentos legais nos cenários emergenciais onde se encontram muitos pacientes com dependências adquiridas. O tema se torna mais preocupante quando levamos em consideração as dificuldades de implantação de estratégias que promovam a consolidação das novas concepções sociopolíticas voltadas para os deficientes.

Esse panorama de discordância entre o que é prescrito e o que é realizado foi, sem dúvidas, o impulso maior para a elaboração deste trabalho que diz respeito não somente à área de deficiências

adquiridas, mas a deficiência de forma geral. Salientamos a necessidade de ampliar o acervo de trabalhos que se proponham a analisar e discutir os problemas das dependências adquiridas por causas traumáticas ou não.

A busca por estratégias e ações que aproximem a legislação para dependência e os resultados efetivos é imperativa. A possibilidade de articular fazeres concretos que estabeleçam a qualidade da atenção a dependentes crônicos ou agudos em pronto-socorro poderá favorecer a desocupação de leitos nesses serviços, uma melhor adaptação dos familiares-cuidadores, identificação e redução de eventos que afetem a segurança do paciente. Defendemos, ainda, que a discussão sobre as discordâncias encontrada no tema servirá de base para novos estudos.

O acesso ao cuidado integral nos ambientes emergenciais a pessoas com deficiência é fundamental para que se promovam melhor condições de vida. Buscando propiciar o atendimento das necessidades dessa população em um serviço de pronto-socorro definimos como objetivo geral apontar o projeto de intervenção como instrumento estratégico, orientador e operatório nessa área da assistência.

Especificamente pretendemos sublinhar estratégias de melhoria de cuidado aos deficientes, marcar ações que garantam a segurança do paciente, sublinhar a integração de ensino-saúde, e marcar a articulação entre as atenções hospitalar e a domiciliar.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Sistema Único de Saúde (SUS), surgido em resposta à desarticulação dos serviços de saúde, tem caráter universal e concepção de respeito ao cuidado, a cidadania e a integralidade do cuidado. (BRASIL,2011)

As evidências demonstram que o avanço e a constante consolidação do SUS imperam a construção de estratégias que desfragmentem a organização do processo de atendimento as necessidades de saúde. Nessa lógica de desenvolvimento de novos métodos de enfrentamento espera-se subsidiar a adequação dos serviços às necessidades dos usuários (BRASIL,2011).

Do conjunto de problemas do campo da saúde é consenso a premência pela definição de ações que atendam as demandas de cronicidade. O ciclo vigente de doenças crônicas, e agudas com potencial para agravos crônicos, exige respostas de integração e maior, articulação entre atenção básica, hospitalar e especializada. Uma parcela desse ciclo de cronicidade é caracterizada por doença e agravos crônicos não transmissíveis (DANT). O Brasil, em resposta as DANT, vem se estruturando para delinear monitoramento dos fatores de riscos, da morbimortalidade e das ações de saúde (BRASIL,2008).

Do vasto e heterogêneo campo das DANT podemos destacar: doenças crônicas não transmissíveis, mentais e genéticas e agravos por violência. A saúde pública enfrenta o desafio do controle desses problemas, que são multicausais, pontuais ou de evolução lenta, conduzem para o óbito ou para recuperação com sequelas e/ou deficiências e necessidades de reabilitação e readaptação as novas condições de vida (BRASIL,2008, GAWRYSZEWSKI, 2008).

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimento de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. A significação de ser ou está deficiente emana das características dessas condições, comunga com as remodelações da atenção a saúde e se alista com as necessidades dos sujeitos deficientes. Assim, a configuração da atenção aos deficientes rompe com o paradigma pato-sintomatológico e alcança, além dos fatores fisiológicos, os sociais e ambientais (ESTATUTO, 2013).

A Classificação Internacional das Funcionalidades (CIF), convencionada a essa significação, descreve e avalia a saúde e a deficiência ponderando o viver de saúde das pessoas e

como elas dominam as formas de aliviar seus problemas para atingir o bem-estar. Ao considerar todos os aspectos do conceito de vida, opondo os indicadores tradicionais de mortalidade e morbidade, a CIF amplia o conceito de funcionalidade, incapacidade e saúde, decorrendo na prática legislativa, social e cuidadora para determinar componentes e condições de saúde. (DI NUBILA, 2007)

A prática de cuidar de pessoas com deficiências adquiridas, e não somente da deficiência, é um fazer laborioso, principalmente na fase inicial de aquisição da incapacidade, visto que a ruptura, muitas vezes brusca, do viver em condição normal para a condição de impedimento provoca alterações significativas, tanto físicas quanto emocionais, nas pessoas (OLIVEIRA & SCOCHI, 2008).

Agravando o exercício desse cuidado, temos como ambiente prevalente de atendimento a maioria das dependências adquiridas por causas traumáticas ou não, os serviços emergenciais. Esses recintos de atenção à saúde apresentam comumente condições e cuidados inadequados por múltiplos fatores como a superlotação, sobrecarga de trabalho entre outros.

Os reflexos das incapacidades adquiridas interferem nos planos individuais e coletivos. Enquanto o homem deficiente luta com o seu organismo para se adaptar a nova condição de incapaz, os seus semelhantes precisam colaborar com essa adaptação, seja no contexto familiar, assistencial e de gestão. A multiplicidade e variabilidade desses reflexos exigem que o cuidado disponibilizado aos dependentes, transitórios ou permanentes, deve atender as necessidades, visando conforto, proteção, autonomia (OLIVEIRA, 2004).

O glossário do Ministério da Saúde define intersetorialidade como:

Integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos (Acesso em : www.redehumanizaus.net).

Compreendemos que o pressuposto de cuidado efetivo incorpora a adoção de processos colaborativos com características de intersetorialidade, integralidade e articulação. A possibilidade de desenhar e reproduzir um projeto diligente ao atendimento integral das necessidades de saúde dos deficientes nos serviços de emergência poderá se efetivar na articulação ensino e serviço.

A junção do ensino ao serviço de saúde pode ser entendida como um processo coletivo e pactuado que visa o favorecimento da qualidade da formação dos profissionais e da assistência prestada, tendo como resultado a satisfação das necessidades do usuário. Entende-se, assim, que um projeto adequado aos intuitos citados deve ter caráter institucional, contínuo e permanente, com aprovação em editais internos dos serviços de ensino e de saúde (ALBUQUERQUE, 2000).

A política de educação permanente indica a afirmação das relações entre os serviços de educação e de saúde, o SUS e os órgãos de controle social, no que se refere à formação e desenvolvimento dos atores da saúde. A Portaria nº 2042/GM de 5 de novembro de 2002, que normatiza o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência, considerando que as urgências não se constituem uma especialidade, que nos cursos de graduação esse tema tem uma atenção insuficiente e cursos de capacitação no tema de caráter privados desfocados à preconização do SUS e que o grau de profissionalização resulta em comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor propõem aos gestores do SUS a criação e organização e implantação dos Núcleo de Educação (BRASIL, 2004).

Com essa expectativa a educação permanente se apresenta como um guia para a ação que possa contribuir para a aproximação consistente e sustentada à elaboração e desenvolvimento do projeto de intervenção.

A concepção do projeto de intervenção tem seguido a crescente progresso e solidificação da autonomia, gestão e comando dos serviços. Assim, o projeto proposto deve focar na melhoria do atendimento as necessidades dos deficientes, temporários ou permanentes, nas unidades de internação do hospital de emergência.

Assim, o projeto de intervenção poderá constitui um documento fundamental para o serviço público de emergências, pois é nele que se define toda a orientação da atividade, arquitetada e partilhada, motivadora e avaliáveis, podendo ser aperfeiçoada. O atendimento inadequado nesses ambientes de saúde atrelado ao novo contexto de vida, com aquisição de impedimentos, apresenta-se diligentes e configuram-se como fatores desencadeantes de atos integrativos de ensino e saúde. Ampliar ou estabelecer esse documento estratégico para promover inclusão e independência, qualificando profissionais e formandos, apoiando e treinando familiares-cuidadores poderá configurar a indicação de melhoramentos no espaço emergencial, (BITTENCOURT & HORTALE, 2009, NIENKOTTER, 2011).

3 MÉTODO

Inicialmente caracterizamos nosso trabalho como um exercício instituído para explorar um problema identificado, converter uma idéia, apoiada em coleta e análise de dados, em ação. Usando como critério os objetivos e as fontes de dados assinalaram nosso estudo como descritivo e bibliográfico (SANTOS, 2002).

O trabalho foi organizado em quatro etapas:

- 1) definição do objeto;
- 2) observação;
- 3) descrição e interpretação;
- 4) conclusão;

As etapas não são estanques, elas se inter-relacionam garantindo a característica dinâmica do processo de pesquisa (RODRIGUES, 2006).

Inicialmente buscou-se definir o objeto de estudo, em seguida realizou-se uma exploração empírica no serviço público hospitalar emergencial. Identificou-se o cuidado inadequado e descontínuo aos pacientes com deficiências adquiridas, entre as quais aponta-se: condições de higiene precárias, posicionamento inadequado no leito, obstrução de traqueostomias, vários pacientes em macas sem colchão e sem grades, recursos humanos e materiais insuficientes, entre outros.

A revisão da literatura para conceituação de deficiência foi fundamental para estabelecimento do marco teórico do trabalho. Não menos importante, as demais informações nos permitiram conduzir a pesquisa e a redação final do trabalho.

Assim se consumou um levantamento das fontes de dados. Na fase de observação, para definimos o corpus da revisão, foi realizado um recorte e numa primeira apreciação deu-se ênfase aos documentos encontrados em portais ministeriais brasileiros.

O descrever e interpretar foram pautados principalmente em documentos legislativos, portarias e decretos, para conhecermos a dimensão do objeto de estudo. Em seguimento, aplicamos uma leitura e análise interpretativa dos demais documentos para maior visibilidade das singularidades que envolvem o assunto.

Finalizando o processo metodológico confrontado as proposições com os resultados apreendidos.

Considerou-se e respeitou-se a rigidez científica em todas as fases da pesquisa, e nessa reverencia contemplamos, discriminamos e por fim generalizamos os materiais, atribuindo de forma íntegra os direitos autorais.

4 RESULTADO E ANÁLISE

O projeto de intervenção deve apresentar-se como um documento estratégico, orientador da qualidade do cuidado, constituinte da educação-formação e instrumento operatório para os membros das comunidades de ensino e de saúde. Deve também evidenciar-se como um meio de informação e educação para os familiares-cuidadores e profissionais de saúde. Nessa proposta alude-se o planejamento de um projeto de extensão com intuito de desenvolver ações para a melhoria do cuidado e também potencializar o campo da prática para a formação (ARMANI,2000).

Nessa perspectiva, o projeto realizado no hospital de urgências de Teresina, terá caráter permanente tendo em vista que o cuidado é algo contínuo no ambiente hospitalar. Entendemos também que o projeto de intervenção, sendo uma ferramenta operante torna-se imprescindível, o próprio deverá agregar, no seu processo de construção, a mais extensa participação das comunidades das instituições de ensino e de saúde, com a finalidade de que, todos os componentes, favorecedores e favorecidos, sintam que o processo lhes pertence e façam dele um instrumento de trabalho contínuo.

Ponderamos que o projeto de intervenção deve servir também para atrair os gestores a colaborar no desenvolvimento do processo de melhoria do trabalho, no sentido de melhor atender as necessidades de saúde, formação e educação. Finalmente, dado que os familiares-cuidadores necessitam de acolhimento, suportes variados e treinamento para a garantia de melhores condições de vida e bem-estar para seu ente querido, tanto no ambiente hospitalar quanto domiciliar, devem eles ser inquiridos, a fim de que se possam conhecer suas fragilidades, aspirações e preocupações (ARMANI,2000, CARDOSO, 2008, GUEDES et al, 2009).

Assim, deve-se atentar não somente os interesses imediatos dos deficientes, mas os seus interesses futuros e, em particular as necessidades da própria sociedade. Para isso, é necessário que haja colaboração entre as instituições de educação e de saúde, para assegurar a consonância entre a oferta formativa dos profissionais ao atendimento das necessidades destes usuários da saúde. O projeto de intervenção em resposta a esse preceito necessita ser bem estruturado e definido (OLIVEIRA, 2004, SCHOELLER,2012).

O projeto de intervenção deve ser liderado por um grupo pequeno para garantir a operacionalidade, constituído de membros das instituições de saúde e de educação, igualmente

distribuídos e orientados sob a responsabilidade das direções das instituições. O grupo deve instituir o recolhimento de informações, decorrer a análise, agenciar a participação das diferentes comunidades, documentar o relatório final e após validação e aprovação proceder a sua execução, monitoramento e avaliação (ARMANI, 2000)

O método de trabalho do grupo deve ser participativo e horizontal, assim o procedimento está centralizado na escuta das comunidades, utilizando inquéritos, entrevista com público estratégico, conversa informal e colóquio, subsidiando assim ações de legitimidade. Construímos assim, um diagrama esquematizando os ciclos do projeto (BRASIL,2010).

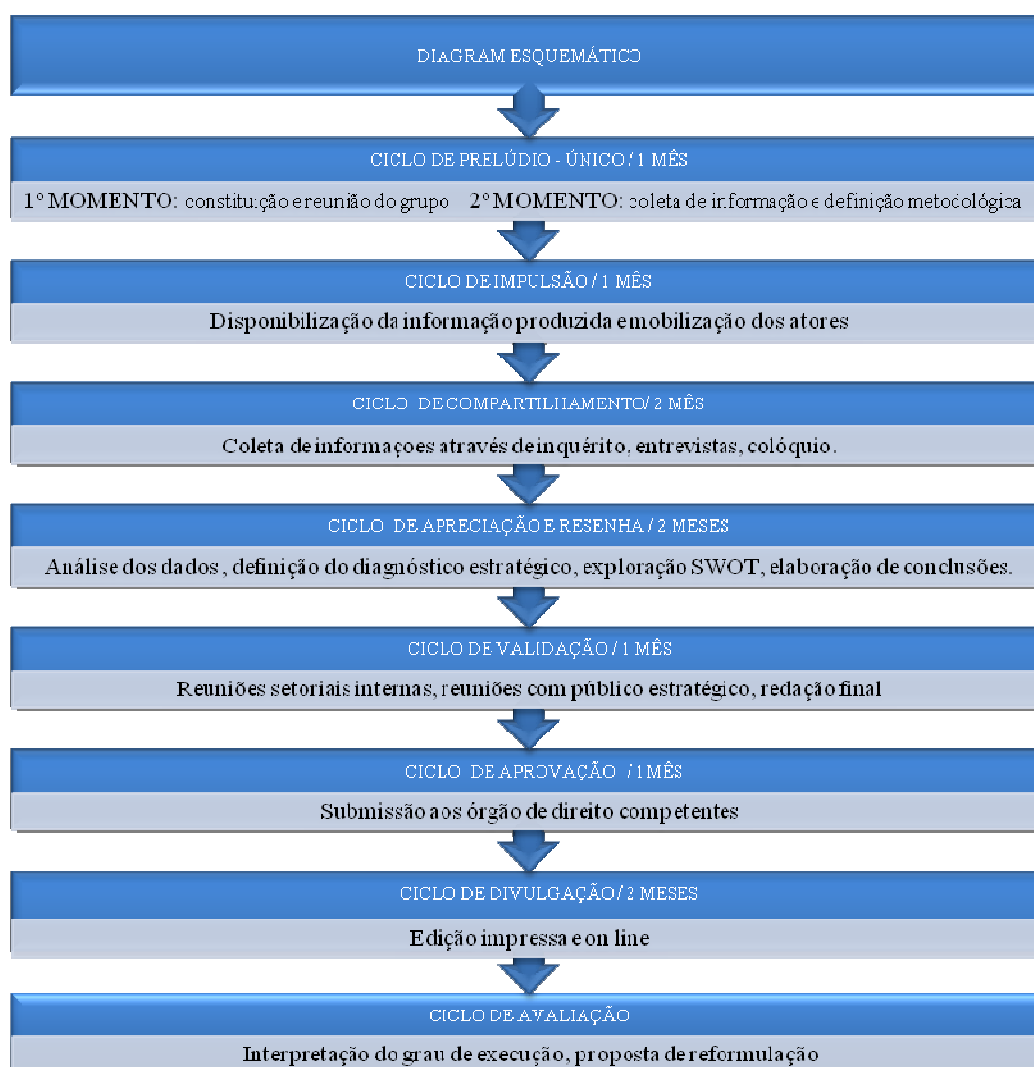


Figura 1 – Diagrama Esquemático

A constituição do grupo responsável pelo projeto deverá ser feita por um processo democrático, a exemplo citamos inscrição com critérios de elegibilidade e a seleção por projetos. Os membros eleitos deveram se reunir para integração do grupo, bem como para definir atribuições, responsabilidade, estrutura organizacional e demais critérios para um bom desempenho de trabalho. As coletas de informações poderão ser realizadas com vistorias dos ambientes, após serão definidas qual método de trabalho será usado, qual a frequência de novas vistorias, entre outros pontos. Após a produção da informação está será exibida através de plataforma eletrônica, cartazes e panfletos nas duas instituições, saúde e educação, em seguida iniciaremos a busca por dados através das opiniões das populações destacadas.

A formulação do projeto de intervenção deve ter participação de diferentes atores: diretores dos serviços, coordenadores, docentes, discentes, profissionais de saúde, funcionários, usuários de saúde ou representantes destes, organizações de interesse público, associações e empresas. Sucinta e respectivamente elencamos as contribuições desses representantes no esquema abaixo.

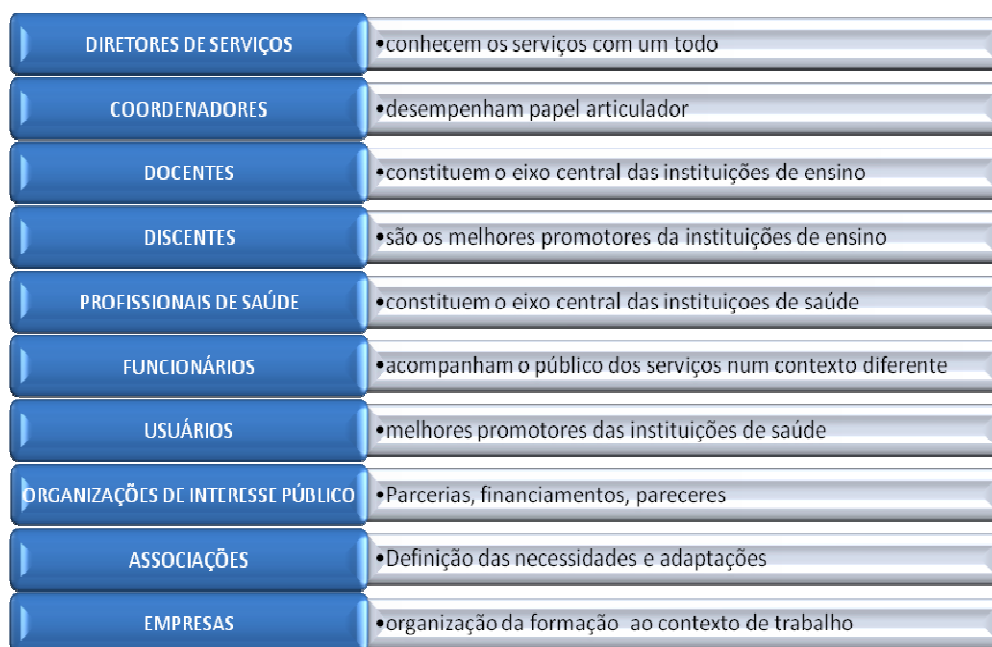


Figura 2 – Diagrama De Contribuições Dos Representantes

A partir dessa participação podemos recorrer às informações e transformá-las em conhecimento. Empiricamente devem ser buscados dados das intuições de saúde e de educação para uma auto-avaliação destas. Além destes dados, é importante considerar os dados externos disponíveis por diferentes órgãos: Ministério da saúde, Ministério da Educação e Ciências, entre outros. Os dados devem receber uma exploração cuidadosa, a fim de permitir conclusões reais, e serem divulgados, contribuindo para a participação efetiva dos sujeitos envolvidos no projeto de intervenção.

As informações angariadas e sistematizadas a partir das diferentes fontes subsidiarão o diagnóstico estratégico, a tomada de decisão e a orientação das ações do projeto. A ferramenta sugerida para protocolar esses resultados é a matriz de SWOT (terminologia anglo-saxônica *strengths, weaknesses, opportunities, threats*). A matriz SWOT foi criada por Kenneth Andrews e Roland Cristensen, professores da Harvard Business School e permite estudar a competitividade de uma organização segundo quatro variáveis: Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Oportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças), conforme figura 3. A análise da interseção dos dados internos (forças e fraquezas) e externos (oportunidades e ameaças) é a base de um planejamento facilitador das definições dos objetivos e estratégias do projeto (SOUZA, 2013).

As principais dimensões contempladas nessa matriz são: internamente, identidade, cultura e funcionamento, sucesso das instituições, caracterização do meio, recursos humanos, financeiros e materiais, e externamente imagem, posicionamento das instituições, dinâmica demográfica, caracterização socioeconômica do público.

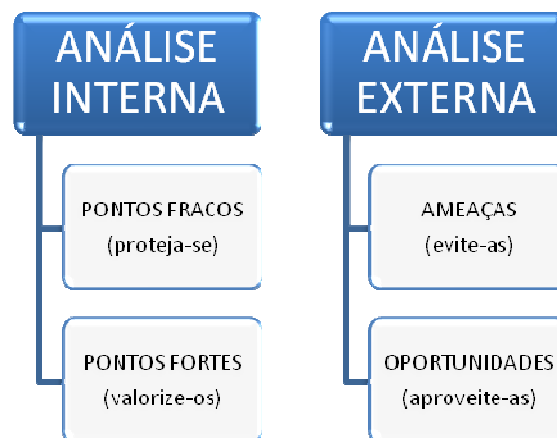


Figura 3 – Matriz de SWOT

Adaptada Souza, 2013

A formulação e hierarquização dos objetivos segundo uma lógica de relação de cadeia conforme gráfico a seguir:



Figura 4 - Hierarquização dos objetivos

Autoria própria

As metas quantificam a forma, qualidade e momento, completando e concretizando os objetivos, apoiando assim, a tomada de decisão e a gestão do projeto e movimentando os sujeitos, a comunicação, a transação e avaliação. Nessa perspectiva serão elaborados os indicadores de avaliação e os meios de verificação que promovem a aferição do projeto de intervenção através da visualização dos resultados obtidos, de metas atingidas e de propósitos efetivados.

A avaliação do projeto deve ser planejada, considerando critérios de relevância, coerência, impacto e eficiência. Em consonância com os problemas, objetivos e metas devem ser definidos os indicadores.

Finalizamos ressaltando que projeto de intervenção exige aprofundamento teórico e habilidade em promover ações, assim pretendemos não criar um guia de elaboração, mas somente sinalizar este instrumento como possibilidade de melhoria das qualidades de cuidados, e assim esquematizamos o projeto de intervenção sugerido na figura a seguir.



Figura 5 – diagrama de esquema do projeto de intervenção

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças nos cenários de práticas de saúde têm refletido nas formas como os serviços devem se organizar para bem atender as necessidades dos usuários. Isso exige também uma aproximação acadêmica mais interativa.

A utilização do projeto de intervenção pode contribuir de forma efetiva para o estabelecimento nos serviços emergenciais de um cuidado efetivo voltado para pessoas com deficiências. O modelo de projeto de extensão esquematizado com a finalidade de alcançar os objetivos enumerados poderá versar esse contíguo de ações inter-relacionadas e ordenadas.

BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev bras educ méd*, v. 32, n. 3, p. 356-62, 2008.

ARMANI, Domingos. Como elaborar projetos: guia prático para a elaboração e gestão de projetos sociais. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

ROSITO, Margaréte May Berkenbrok and Loterio, Marlene Goya. Formação do profissional em saúde: uma recusa ao esvaziamento da essência do cuidado humano. *Educ. Real.*, Abr 2012, vol.37, no.01, p.125-142.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática - *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7):1439-1454, jul, 2009.

CARDOSO, F.C., FARIA, H. P., SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações de saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG-Nescon UFMG, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes E Recomendações Para O Cuidado Integral De Doenças Crônicas Não-Transmissíveis . v. 8. Secretaria de Vigilância em Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. v. 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. (2 volumes).

BRASIL. Ministério Da Saúde. Humaniza SUS. Acolhimento nas práticas de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema único de Saúde. Coleção Para entender a gestão do SUS, 2011. (13 volumes).

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria Nº 1.663, De 6 De Agosto De 2012. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Disponível em:
bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria no 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Gabinete do Ministro, 2004. Disponível em:<www.saude.pb.gov/geab/portaria198.pdf>.

BRASIL. Decreto 6949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 ago. 2009a. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/>> Acesso em: 05 mar. 2014.

DE FRANÇA, Flávia Maria; FERRARI, Rogério. Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. *Acta paul Enferm*, v. 25, n. 5, p. 743-8, 2012.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura and BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev. bras. epidemiol.*[online]. 2008, vol.11, n.2, pp. 324-335. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>>

ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2013- disponível em: <<http://maragabrilli.com.br/estatuto/uploads/estatuto-da-pessoa-com-deficiencia-congresso-nacional.pdf>>

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes, Fernando César de Souza - Saúde e Educação a arte do cuidar - Educ. Real., Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 107-124, jan./abr. 2012. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/edu_realidade>

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro et al. Atendimentos de emergência por lesões decorrentes de causas externas: características das vítimas e local de ocorrência, Estado de São Paulo, Brasil, 2005. *Cad Saude Publica*, v. 24, n. 5, p. 1121-1129, 2008.

GUEDES, Carla Ribeiro; PITOMBO, Luciana Bettini; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 12 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000400010>.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. In: *Rev Latino-am Enfermagem*, 2007, janeiro-fevereiro; 15(1) < www.eerp.usp.br/rlae>

KOGIEN, Moisés; Cedaro, José Juliano. Psychosocial Aspects Of Work: Impact On The Quality Of Life Of Professionals Of A Public Emergency Hospital. *Journal Of Nursing Ufpe/Revista De Enfermagem Ufpe*, V. 5, N. 6, 2011.

OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de; SCOCHI, Maria José. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 1, n. 1, p. 129-134, 2008.

OLIVEIRA, Rui Aragão. Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Aná. Psicológica*, Nov 2000, vol.18, no.4, p.437-453. ISSN 0870-8231

_____. O Sujeito E O Corpo Perante A Incapacidade Física - Revista Portuguesa De Psicossomática, Vol. 6, Núm. 1, Janeiro-Junho, 2004, Pp. 63-67, Sociedade Portuguesa de Psicossomática Portugal

PFEIFFER, Peter. Gerenciamento de projetos de desenvolvimento: conceitos, instrumentos e aplicações. Rio de Janeiro: Brasport, 2005.

RODRIGUES, Auro de Jesus. Metodologia científica. São Paulo: Avercamp, v. 222, 2006.

SANTOS, Antônio Raimundo dos. Metodologia científica: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP & A, 2002.

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 95-103, 2012.

SCHMOELLER, Roseli et al. Construindo indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência. Mestrado em Enfermagem. Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, 2011.

SOUZA, Luís Paulo et al. MATRIZ SWOT COMO FERRAMENTA DE GESTÃO PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL DE ENSINO. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, v. 4, n. 1, p. pag. 1911-1921, 2013.

NIENKOTTER, Scheila Maria Valentim et al. Acolhimento aos acompanhantes de pessoas adultas em situação crítica de saúde em serviço de emergência. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. 2011. Acesso em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/94933/300315.pdf?sequence=1>.